

隠謀学外伝

——医療費はなぜ増えるか？

村 岡 潔

〔抄 録〕

本稿は、昨今の生活習慣病等の予防医学の推進路線の内実の分析から国民医療費がなぜ上がるかについての一側面を隠謀学的見地から再考する。まず、この医療費の基本的な指標となる構成要素、すなわち「医療費の3要素」である「受診率」、「1件当たり日数」及び、「1日当たり診療費」から、特に受診率の増加に寄与する患者の増加について指摘した。ついで、患者が増産される現代医療の「先制医療」的側面を示し、生活習慣病やメタボリック・シンドロームが厚生労働省の医療費削減の意図とは裏腹にかえって逆説的に増加の要因になっていると思われる側面を提示した。

キーワード：国民医療費 生活習慣病 メタボリック・シンドローム 「先制医療」 隠謀学

I. はじめに～医療費とは

本稿では、昨今の生活習慣病等の予防医学の推進路線の内実の分析から医療費がなぜ上がるかについての一側面を隠謀学的見地から再考するものです。隠謀学は筆者の造語ですが、それは「この世の日常茶飯事に満ち溢れている数々の隠謀を解説するための論理学であり、行動科学であり、文化的解剖学（アナトミー）」であり、日常生活でよく見かけるCMなどの罠（隠謀）を見抜き、よりよく生きるための学問です。¹⁾²⁾

さて厚生労働省が算出する国民医療費とは、ある年度内に医療機関等で病気や外傷の治療に必要とした費用を推計したのですが、「当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療」であることに要点があり、「この費用には、医科診療や歯科診療にかかる診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれ」ますが、「保険診療の対象とならない評価療養（先進医療（高度医療を含む）等）、選定療養（入院時室料差額分、歯科材料差額分等）及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含ま」れません。さらに、「傷病の治療費に限っているため、(1) 正常な妊娠・分娩に要する費用、(2) 健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3) 固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用も含まない」ことになっています。³⁾⁴⁾

そして、肝心の国民医療費は、2008年（平成22年度）では37兆4202億円で、前年度の36兆67億円に比べ1兆4135億円（3.9%）増加しており、人口一人当たりの国民医療費は29万2200円、前年度の28万2400円に比べ3.5%増加しています。⁵⁾

この医療費の構成要素、すなわち「医療費の3要素」として「受診率」、「1件当たり日数」及び、「1日当たり診療費」が挙げられ、「医療費を分析していくうえでの基本的な指標となります。一口に1人当たり診療費が高いといっても、3要素別に何が高くなっているかを調べることによって、医療費の増加要因について見当をつけることができる」というわけです。とくに「受診率は、主に医療を受ける側の受診意識や感染症の流行などの疾病構造等に依存しやすく、1件当たり日数は、患者の受診意識や疾病の種類並びに医療機関における診療行為など医療を受ける側による要因並びに診療供給側による要因の両方の影響を受けやすいと考えられます。また、1日当たり診療費は、医療供給側の診療行為などの要因に依存しやすい」分析されています。さらに、「1人当たり件数は、[保険]加入者1人当たりが一定期間に医療機関に何回かかったかを示す指標であり、医療保険の分野では「受診率」と呼ばれています。3要素別に何が高くなっているかを調べることによって、医療費の増加要因について見当をつけることができる」というわけです。⁶⁾

このうち受診率の高さは、医療機関にかかる者、すなわち「患者」の割合の高さを示しており、その伸び率の高さは「患者」の割合が増えているということです。本稿では、特にこの患者の割合がなぜ増えたかに重点をおき、隠謀学的に解釈するものです。ちなみに、隠謀学は、論理学であり、必ずしも統計学的な実態の裏付けとなる数字は不可欠なものではありません。むしろ、本稿の後半で示すように、疫学家が示す数字がいかにマジックに近いかを暴露するものです。

II. 患者はなぜ増えたか？

医療費がなぜ増えたかについては、日本臨床外科学会のホームページでは、その概要を次のようにまとめています。⁷⁾すなわち、A)「医療費の自然増」とB)「わが国特有の医療費増加の要因」とわけ、前者として「人口の増加」「人口の高齢化」「医学・医療の進歩」、「新技術の導入」、「疾病構造の変化」、「対象の変化」を挙げ、後者として「病床数が多い」、「在院日数が長い」、「薬剤価格が高い」、「薬剤使用量が多い」、「医療材料価格が高い」、「検査が多い」、「受診回数が多い」ことを挙げています。これらの当否を隠謀学的に考えてみましょう。

まずA)の「医療費の自然増」の要因として「人口の増加」と「人口の高齢化」という要因です。「人口が増えれば、その分医療費も増加する」ことは一応おくとしても、「高齢者が増えれば、老人は病気に罹ることが多いので一人一人の医療費は同じでもトータルの医療費は」多くなるという主張には異議もあります。筆者は、隠謀学的立場から、こうしたしかつめらしい前提を利用して本邦の医療者が特に高齢者層をターゲットにして医療市場化を図ってきたと考えています。筆者の近親者や医療相談者に対するスボラディックな聞き取り、さらには病院で診察する患者のカルテにおける他医の処方箋に散見される傾向からは、明らかに不必要と言えるクスリの処方が多々なされています。その数およそ6～10種類です。この全国的傾向に

については今後正確な調査が待たれるところです。

例えば、筆者のおばは、94歳ですが、ここ十数年来、降圧剤2種類、骨粗しょう症のクスリ、抗血小板凝集薬（脳梗塞の予防薬）、胃薬、便秘薬、睡眠薬、向精神薬、高脂血症、痛み止めのクスリなど10種類あまりを処方されてきました。筆者が診察する限り、血圧は年齢相応（安静時の最高血圧が130～150mmHgなので開業医は年齢を考慮せず高血圧と拘り定規に判断して薬を出す慣習がある）ですし、コレステロールも高くなく、骨密度も不変でしたので、便秘薬と睡眠薬だけにしたらと助言しました。特に血圧は、近年、高齢者で下げ過ぎの傾向があり脱力感ADLの低下（降圧剤を飲み始めた途端、杖なしに歩けなくなった相談者がいて、降圧剤をやめるように助言したところ、やめたらもとに戻った例など）があり、おばもそのことを訴えていましたので、降圧剤も切らせました。そして一年後くらいに訪問したところ、服用しているクスリは、便秘薬と睡眠薬に加えて、たまに痛み止めを飲み、さらに不安だからとして「軽い方の降圧剤」を飲んでいるということでした。

しかも、担当医にはそのことは秘匿しており、月一回の受診（地方なので町までの通院に往復4時間はかかる）で毎回、今まで通り10種類余りの薬を処方されて門前薬局にて購入していました。なぜ担当医に飲んでいるクスリと飲まないクスリを告げないのかと尋ねると、「先生にそんな逆らうようなことは恐ろしくて言えない」し「もし言ったら、もう来るなどと言われるのではないか」という答えでした。ふつうそんなことは、医者にはしないはずだと言っても納得しませんでした。

ちなみに、この場合、おばが支払ったクスリ代は1割負担で約3000円ということなので医療費は3万円余となります。それに診療費も加わりますが、診察にかかった時間は、受信患者が多いということで約5分でした。午前中の診察の3時間に一時間当たり4～8人とする合計12人～24人となりますが、少なめに見積もって20人として、夜の診療を入れて2倍し40人、週5日で200人、一月で800人、1年で延べ9600人で約1万人となります。したがって、この診療方式では年間ざっと3億円の薬代が医療費に計上されることになります。2010年では、全国の診療所数約10万、病院数9千（内科を1か所とすると）なので約11万か所となり、年間の薬代は、約33兆円となります。処方されるクスリの数量を半分にしても約17兆円となります。これは先述の2008年の総医療費の38兆円に近いし、それを超えてはいないのでこの診療方式は、叔母の通う診療所だけでなく、全国的な傾向と言える可能性が出てきます。

厚生労働省によれば、「現在、70歳以上の高齢者は人口の1割を占めていますが、老人医療費は国民医療費の3分の1を占めており、平成37年度（2025年度）には人口で2割の高齢者が医療費の過半を使うこととなります」。したがって、実際の高齢者の医療費は13兆円程度となりますが、叔母に用いられた診療方式のうち、医学的に必要なものを2割、不必要な処方8割とすると、この方式の変更だけでも10兆円程度（全部がクスリ代として）が節約可能になることになります。

Ⅲ. 患者は増産されている！？

現在、厚生労働省の調査によれば、実際、70 歳以上の高齢者の半分以上が降圧剤を飲んでいますが、これは 70 歳以上の国民の半数が高血圧という病気であるということを意味しています。しかし、従来の統計分布に基づいた異常の分布はせいぜい 5～10% 以内に留めたものでした。これをはるかに超えた比率です。実は、高血圧学会などの高血圧の診断基準の変化に見られるように、操作主義的手法が原因なのです。

日本臨床外科学会によれば、「医学が進歩し新しい医療技術や新薬が開発され、また新しい医療機械や、器具、技術などが使われるようになれば、これらに必要な費用も加わるようになります」と述べています⁹⁾。「内視鏡検査機器やこれを使った治療機器、超音波診断装置、CT スキャン装置、MRI 装置、PET 装置などが医療で普通に使われるようになっている」が、「これらの新しい装置や機器は精密機器で大変に高価なものが少なくない」というわけです。

しかし現代医療で検査が多いのは、単に、診断機器が発達し便利になったからという自然経過なのではありません。診断方法が変わったのです。筆者の医学生時代では、ドイツ系の「内科診断学」が中心で、患者を診察し診断を考える過程である疾患を疑ったとき、それを裏付ける根拠として血液検査やレントゲン検査を行ったのです。が、今日では、そういう思考過程よりも、医師が見込みをつけた臓器の検査や全般的な血液検査などをルーチン検査として先にやり（診察などは情報量が少ないとされあまり重視されていません）、そこで異常範囲とされた項目を集めて、あたかも判じ物の謎を解くようにカンファレンスルーム（患者のいる病室ではなく）で病気が診断され、治療方針が決定されていくのです。患者から採取されたデータが、検討対象の患者（i-Patient）となるのです。

特に「生活習慣病」や「メタボリック・シンドローム」のように、ほとんど自覚症状はない場合、数値のデータでしか病気は語れません。こうした医療形態は、かつては「予防医学」と呼ばれてきましたが、昨今では、「先制医療」と呼ばれるようになってきました。¹⁰⁾¹¹⁾それは、まだ病気になっていない自覚的健康者に対して、それを「可能的患者・未病患者（potential patient）とみなして先制攻撃（発症前に医療的介入）を行い、病気の発症を未然に防ぐという意図の予防医学です。

1996 年に厚生省が「生活習慣病」政策を掲げた折には、その政策によって、医療費を削減できるとしたのでしょう。しかし、生活習慣病の実数はその後も年々増えるばかりで減る傾向がありません。一部、脳卒中は減りつつありますが、それは脳出血の話で、脳梗塞は増加しています（血圧を下げ過ぎたためだと疑われます）。それに対して、疫学者たちは、人口調整という計算方法を用いて 1985 年から見たら全体的に減る傾向にあるとしています。その根拠は、近年、高齢者人口が増加して日本では人口ピラミッドの形が釣り鐘型から壺型に変化してきているので釣り鐘型に直して比較すべきだという考え方です。その結果、どういう操作が行われるかということ、高齢者人口が 1985 年に比べて、2009 年ではざっと 2 倍に増えているのでそれ

を半分にして比較するという事です。つまり、2009年の肺がん男性の10万対死亡率が実数80のところ、半分の40にして比較するという事です。このようにして「年齢調整というレトリックによる操作的データ加工」¹²⁾が横行しています。しかし、病院のベッドを埋める患者の実数はそのままですから、やはり医療費を半分にして比較することはできないのです。

一言でいえば、生活習慣病政策は、20年近くたちますが、逆説的に患者を増やすことに寄与する結果となっているのです。このことは統計学の原理的には当然のことで、正常値を従来のように95%以内とし、異常値を5%としても、異常値の出現頻度は、検査の種目を増やすごとに増加し、10種類の検査ではその40%、20種類だとその64%、100種類だと99%の人がどれかの検査で異常値を示すことになるのです。¹³⁾ましてや、近年のメタボリック・シンドロームのように、正常値であったところを、次々と異常値に変える昨今のやり方は、その意図は問わず、結局、患者を増やすことに直結していると言えます。

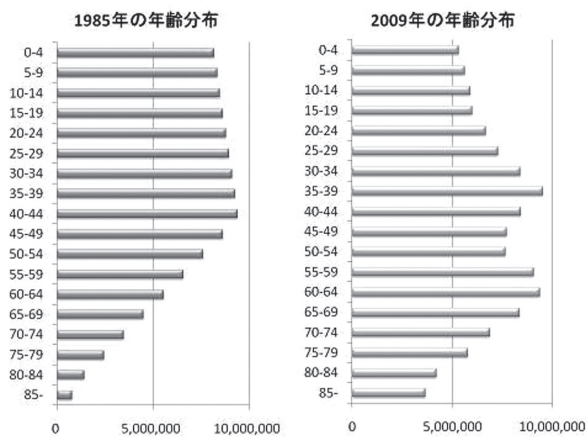
では、医学会がなぜそういうことを進めているかは、隠謀学的に興味深いところですので、一例をあげておきます。メタボリック・シンドロームの結果、それ以前の降圧剤代、年間8000億円は健診で高血圧の人が見つかって3.5倍になればほぼ2兆円増となり、コレステロール低下剤が一兆円余分に必要となります。また、2006年からの標準的な健診・保健指導プログラムにより40-74歳の約3分の2(≒3600万人)が受診勧奨者となると初診料と生活管理料だけでも5-6兆円の医療費がかかることになります。¹⁴⁾一方、メタボリック・シンドローム後、はや10年弱、残念ながら際立った成果はないまま、医療費は高騰を続けています。

これらの背景には医療産業資本・製薬資本の一人勝ちの動きが見え隠れするのですが、それに関しては稿を改めたいと思います。

注

- 1) 村岡 潔 (2013)「『隠謀学』入門」, 佛教大学社会福祉学部論集, 第9号, 137-146
- 2) 村岡 潔 (2014)「『隠謀学』入門Ⅱ～隠謀学的推論の基礎について」, 佛教大学社会福祉学部論集, 10号, 67-73.
- 3) 厚生労働省「国民医療費の範囲」
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/12/dl/gaiyou.pdf>, 2014. 11. 10)
- 4) 村岡 潔 (2012)「現代医療のしくみ」, 小野寺伸夫編著『看護学入門5巻 保健医療福祉のしくみ・看護と法律』メヂカルフレンド社, 2012, 29-35
- 5) 厚生労働省「国民医療費：結果の概要」
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/10/dl/kekka.pdf>, 2014. 11. 10)
- 6) 「医療費の3要素について」,
(<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/tochigi/migration/cat090/20100908-154016.pdf>, 2014. 11. 13)

- 7) 日本臨床外科学会「医療費はなぜ増えるのでしょうか？」
(http://ringe.jp/civic/medical_01.html, 2014. 11. 21)
- 8) 厚生労働省「老人医療費の状況」
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1e.html>, 2014. 11. 22)
- 9) 厚生労働省 (2010). 井上芳保編著 (2013). 『健康不安と過剰医療の時代』長崎出版, 85
- 10) 井村裕夫編 (2012) 『日本の未来を拓く医療—治療医学から先制医療へ』診断と治療社
- 11) 村岡 潔 (2014) 「先制医療における特定病因論と確率論的病因論」佛教大学保健医療技術学部論集
- 12) 年齢調整というレトリックによる操作的データ加工：



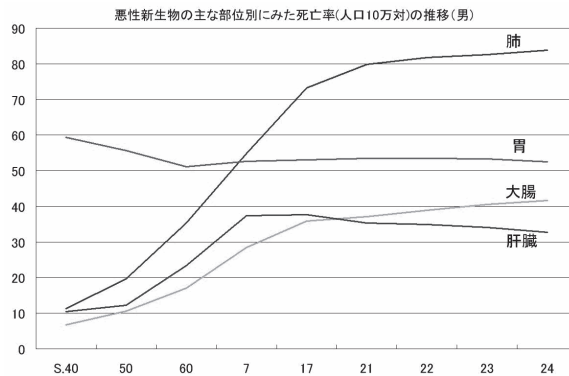
(図1) 人口ピラミッドの比較

(大阪府立成人病センターがん予防情報センター

http://www.mc.pref.osaka.jp/ocr/c_measures/c_measures2-3.html)

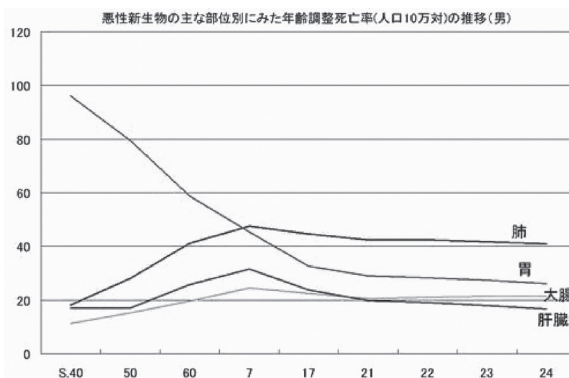
この図1では60歳以上の人口は、2009年は、1985年に比しておよそ2倍に増加していることが分かります。したがって2009年のデータの「年齢調整」を行うということは、いわば2009年度の実数を半分にして比較しなければ1985年と公平な判断ができないというレトリックです。

こうした操作的手法を用いると、次のように変貌するのです。



(図2) 悪性新生物の部位別死亡数 (男性; 実数)

図2でみると実数(疎死亡率)は肺がん、大腸がんなどでは増加しているが、これを年齢調整という加工を行うと図3のようになる。



(図3) 悪性新生物の部位別死亡数 (男性; 年齢調整)

(図2, 3ともに <http://www.mmjp.or.jp/kawakami-clinic/data/h24sui-g.htm>)

実際、図2では肺がんの死亡率がおよそ80となっている(2009年;平成21年)のが、図3では40と半分になっています。しかし、これはあくまでも1985年と比較したということであって、「生活習慣病政策」が始まる直前の1995年とではないのです。なぜなら、1995年から2009年の10年間には約1.5倍にしか増えていない計算になり、年齢調整しても40ではなく53位に増えてしまうという話です。ですから、どうしても比較の基点を1985年置くしかなかったのです(その前の統計では1960年を基点としていました)。

- 13) 前掲書4), 7.
- 14) 特定非営利活動法人 医薬ビジランスセンター編(2006)『薬のチェックは命のチェック』第24号, 24-27.

参考文献

美馬達哉（2012）『リスク化される身体』 青土社

井上芳保（2014）『つくられる病 - 過剰医療社会と「正常病」』 ちくま新書

付記：本稿は、佛教大学個人研究費助成による研究成果の一部である。

（むらおか きよし 社会福祉学部）